UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1912

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude
DE LA TEMPÉRATURE PENDANT LE TRAVAIL
et des conséquences
au point de vue maternel et fœtal

PAR

HIPPOLYTE CHABRUN

Né à Mayenne (Mayenne) le 25 Juin 1882

ANCIEN RÉPÉTITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE
ANCIEN MONITEUR DE MANŒUVRES OBSTÉTRICALES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
RÉPÉTITEUR DE GYNÉCOLOGIE A LA CLINIQUE BANDELOCQUE
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Président : M. PINARD, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^)

1912

85

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1912 — **THÈSE** — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude

DE LA TEMPÉRATURE PENDANT LE TRAVAIL

et des conséquences

au point de vue maternel et fœtal

PAR

HIPPOLYTE CHABRUN

Né à Mayenne (Mayenne) le 25 Juin 1882

ANCIEN RÉPÉTITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE
ANCIEN MONITEUR DE MANŒUVRES OBSTÉTRICALES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
RÉPÉTITEUR DE GYNÉCOLOGIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Président : M. PINARD, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince (VI°)

1912

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie orgianique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologe et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pahologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET DEJERINE QUENU RECLUS
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZAR	DUVAL Pierre	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	GOUGEROT	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GREGOIRE	LEGUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GUENIOT	LERI	RETTERER
BROCA André	GUILLAIN	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	LABBE Marcel	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	MULON	SICARD
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE		NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKYNCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique

Accoucheur des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Qui m'a fait le trés grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Hommage de profond respect et de sincère reconnaissance pour toutes les marques de bienveillance qu'il m'a toujours données depuis qu'il m'a fait l'honneur de me prendre comme élève.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE

Accoucheur des Hôpitaux

Qui m'a guidé dans mon travail et qui a toujours été pour moi le plus bienveillant des maîtres.

AVANT-PROPOS

La température au cours du travail est elle préjudiciable pour la mère et pour l'enfant ? C'est là un sujet qui jusqu'ici a été peu étudié, et qui nous à semblé pourtant de première importance. Aussi notre maître Monsieur le professeur agrégé COUVELAIRE nous a-t-il engagé à faire des recherches sur ce sujet. Nous n'avons malheureusement pas pu recueillir un nombre considérable d'observations et nous avons dû nous contenter des matériaux dont nous disposons pour faire notre étude.

INTRODUCTION

Si l'on cherche dans les traités classiques, on ne trouve presque pas de documents sur la question qui nous intéresse. Varnier dans son obstétrique journalière dit à l'article « fièvre du travail » : Kronig établit d'abord, par des arguments théoriques et par des faits positifs, que la prétendue fièvre fonctionnelle du travail est en réalité une fièvre de résorption ; elle est due à l'infection plus ou moins rapide, après la rupture des membranes, du liquide amniotique, normalement vierge de germes, mais que l'expérimentation in vitro a montré être un excellent milieu de culture pour le streptocoque, le staphylocoque, et le bactérium coli.

Dans vingt et un cas de fièvre de travail, ou il s'est attaché à rechercher l'agent septique pyrétogène, il n'a rencontré qu'une fois le streptocoque en culture pure. Le liquide amniotique n'offrait ni mauvaise odeur, ni signes de décomposition.

Quelle peut être la cause de cette fièvre ? La localisation intra-ovulaire de l'agent septique, l'imperméabilité des membranes qui protègent encore la caduque rendent improblable l'hypothèse d'une migration vasculaire précoce du streptocoque.

Mais le streptocoque, tout comme les autres micro-organismes pyogènes ou producteurs de putréfaction, est capable, en se développant dans le liquide amniotique, d'y donner naissance comme dans le bouillon (Roger) à des toxines. En produit-il assez pour influencer le centre régulateur de la température ? Kronig le croit. Cette hypothèse est rendue très vraisemblable par la chute brusque, et souvent immédiate, de la courbe thermique après l'évacuation de l'utérus, mais tout n'est pas dit pour cela ; car à cette intoxication du travail pourra succéder et succède fréquement, au cours des suites de couches, une infection streptococcique de la caduque.

Kronig a constaté, en effet, que dans le cas d'infection du liquide amniotique pendant le travail, l'infection post partum est de même espèce. Et de fait, dans le cas en question, la parturiente a succombé le trente-deuxième jour à une streptococcie généralisée (arthrites suppurées etc...). L'enfant avait succombé douze heures après sa naissance à une double pneumonie streptococcique.

Ribemont-Dessaignes et G. Lepage dans leur précis d'obstétrique au sujet de la température du travail ont écrit : la température après l'accouchement ne doit pas dépasser la normale ; lorsque l'accouchement a été

quelque peu laborieux, surtout chez les primipares, elle s'élève de 5 à 8 dixièmes de degré pendant les douze heures qui suivent l'accouchement. Généralement cette élévation existe déjà au moment de la délivrance ; elle résulte du travail musculaire qui se produit pendant la période de dilatation et surtout pendant la période d'expulsion, « cette hyperthermie dépend beaucoup de l'heure du jour ou de la nuit à laquelle s'est fait l'accouchement. L'élèvation de la température pendant les douze premières heures des suites de couches est surtout évidente quand elle coincide avec celle qui se produit chaque jour vers le soir de quatre à huit heures par exemple. Tarnier et Budin ». Pendant les jours qui suivent, la température reste normale, en présentant seulement une élévation de deux à cinq dixièmes de degré le soir. Il est assez commun d'observer pendant les quatre ou cinq premiers jours qui suivent l'accouchement, une température qui, tout en étant plus élevée le soir que le matin ne dépasse pas 37 degrés. Ce n'est que vers le cinquième ou le sixième jour que la température remonte à la normale 37,2. Il est rare que chez une accouchée bien portante, la température atteigne ou dépasse 37,5 de telle sorte qu'à moins de cas exptionnel, c'est à dire de femme chez laquelle la température axillaire est normalement supérieure à 37,5, il faudra considérer comme l'indice d'une complication légère ou comme le début d'une infection pouvant devenir sérieuse toute température dépassant 37,5.

Comme travail original, nous ne trouvons que celui de

Monsieur Ernst Wirz dans le Beitrage Zùr Gebùrtshilfe-ùnd Gynaekologie publié dans le quatorzième volume (troisième fascicule 1909). Dans ce travail si documenté, nous trouvons la bibliographie de ceux qui ont été faits jusqu'ici sur cette question et résumés dans cet article.

Il est très difficile au médecin traitant d'attendre les évènements sans crainte de nuire à la mère et à l'enfant lorsque la fièvre apparait au moment de l'accouchement, ou au contraire faut-il recourir à une opération ? En cas de décomposition avancée du liquide amniotique concomitante avec un pouls fréquent et une température élevée, l'intervention pour hâter l'accouchement n'a pas besoin d'autre indication. Mais quelle doit être la conduite du médecin lorsque la fièvre débute simplement sans qu'on en découvre la cause ?

Kronig et Gebhard ont étudié au point du vue bactériologique le liquide amniotique ; ils y ont trouvé du staphylocoque du streptocoque, du bacterium coli et des anaérobies. L'infection d'origine streptococcique serait pour eux la plus à craindre dans les suites de couches. L'odeur nauséabonde du liquide serait dûe au colibacille surtout et par ce fait, il est difficile, sinon impossible à première vue de savoir le microbe contenu dans le liquide sans en avoir fait la culture. Or le praticien ne peut au lit du malade attendre le résultat d'une longue analyse pour se décider à intervenir.

Glockner trouve comme cause prédisposante à l'élèvation de la température : l'âge de la perturiente, le bassin

légérement rétréci, l'accouchement de garçons, la rupture précoce et prématurée des membranes, la durée trop longue du travail.

Ihm de Konigsberg ayant observé deux cents accouchements accompagnés de température, attribue l'élévation de la température à la rupture trop hâtive de la poche des eaux ; le pronostic serait meilleur dans le cas d'accouchement spontané que dans le cas d'intervention. Les accouchements avec liquide d'odeur nauséabonde sont pour lui d'un plus mauvais pronostic que ceux dans lesquels le liquide ne semble pas en décomposition. Le pouls rapide et la température élevée sont d'un mauvais pronostic et la difficulté opératoire en cas d'intervention rend le pronostic plus grave encore.

Pour cerains accoucheurs comme Kronig et Glockner, les cas accompagnés de légère température seraient dûs à de l'hyperthermie d'origine musculaire ; mais l'étude bactériologique du liquide amniotique n'ayant pas été faite dans ce cas, on ne peut admettre l'existence de la fièvre fonctionnelle sans qu'il soit prouvé que le liquide fût aseptique.

Zweifel a spécialement attiré l'attention sur ce fait que le rapport sexuel ante partum est plus fréquemment qu'on qu'on ne l'admet la source de la fièvre pendant et après l'accouchement.

Il semble facile d'admettre d'après Wirz que chaque élévation de température pendant un accouchement soit dûe à une cause infectieuse siégeant dans la cavité utérine

ou son contenu (si toutefois on ne constate en même temps une origine différente). L'infection provient sans aucun doute dans la plupart des cas, de cultures septiques qui se font dans les crevasses du vagin et de la vulve Si on recherche la cause de cette élévation de température, on remarque, d'après les observations, qu'elle se produit fréqemment : chez les primipares chez lesquelles l'accouchement est rendu difficile par l'étroitesse dûe à la rigidité des parties molles qui ne sont pas encore distendues ; dans le cas de bassin rétréci ; dans le cas d'accouchement dystocique lorsque la durée de l'accouchement est très longue ; dans le cas de rupture précoce et prématurée de la poche des eaux ; dans le cas d'insertion vicieuse du placenta. A cela s'ajoutent naturellement d'autres observations dont il ne faut pas rabaisser la valeur : touchers nombreux après rupture des menbranes ; inobservance du repos et des soins aseptiques de la part de la femme après rupture des membranes ; mauvaise antisepsie ou asepsie dans le cas d'intervention, propreté insuffisante de l'accouchée et de son entourage après l'accouchement. L'élévation de température se remarquequerait plus particulièrement chez les primipares.

Müller croit devoir admettre qu'il faille rechercher la cause principale qui provoque la fièvre chez les primipares dans un rapport inconnu entre le segment utérin inférieur et le pôle inférieur de l'œuf en partie détaché de la paroi de l'utérus.

Wirz avec Ihm et Winter considèrent que la morbidité

et la mortalité pendant les couches augmentent avec l'accélération du pouls pendant l'accouchement.

Ahlfed au contraire ne croit devoir attacher que peu d'importance à l'état du pouls pendant l'accouchement. Wirz prétend que si l'élèvation de température à lieu pendant la période de dilatation, l'orifice n'étant pas encore entièrement dilaté, il ne faut pas prendre en trop grande considération la vie des enfants qui, d'après lui, nés en pareilles circonstances présentent une grande mortalité. Et ne se plaçant qu'au seul point de vue maternel, Wirz admet que le médecin doit pratiquer le moins d'interventions possible pour ne pas rendre le pronostic des suites de couches plus sévère.

Il nous a semblé que ces conclusions tendaient trop à considérer comme quantité négligeable la vie du fœtus, et et nous avons cherché à savoir si les risques de mortalité fœtale étaient aussi nombreux pour qu'on puisse établir en règle générale une opinion qui ne nous a paru basée que sur des faits accidentels.

Pour faire nos recherches, nous avons suivi à la clinique Baudelocque dans le service de notre maître Monsieur le Professeur Pinard quatre cent vingt-cinq observations dans lesquelles nous nous sommes attaché particulièrement à éclaircir ce point. Nous avons systématiquement pris la *température rectale* pendant le travail environ toutes les trois heures ; et et à la suite de l'accouchement nous avons continué jusqu'à la sortie de la clinique à prendre matin et soir la *température rectale* de la mére et de l'enfant.

Sur ces quatre cent vingt-cinq observations nous avons constaté trois cent quatre-vingt-seize cas dans lesquels il n'y avait pas de température pendant le travail, et vingt-neuf cas dans lesquels la mère avait une élévation de température. Nous n'avons pas pris 37,2 comme moyenne normale et c'est uniquement lorsque la température dépassait 37,5 que nous nous sommes permis de considérer comme fébrile cette élévation. Les observations dans lesquelles nous n'avons pas relaté de température du travail ne seront pas communiquées ici et nous ne donnerons que celles qui intéresent nos recherches.

Nous pouvons classer ces observations avec température du travail sous différents chapitres.

Dans certains cas la température se voit après la rupture prématurée des membranes. Sur nos vingt-neuf observations nous l'avons remarqué neuf fois. Dans d'autres cas la température se voit après rupture précoce spontanée ou artificielle des membranes, nous l'avons remarqué onze fois dans le cas de rupture spontanée et deux fois dans le cas de rupture artificielle. Enfin dans d'autres cas, la température apparait pendant le travail, les membranes étant intactes et n'étant rompues qu'à la dilatation complète.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS DANS LE CAS DE RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES

OBSERVATION I

I pare, 22 ans, entre au dortoir le 9 décembre. Le 9 janvier à 7 heures du soir, rupture prématurée des membranes, le liquide amniotique est opalescent. Les bruits du cœur fœtal sont normaux. Le 11 janvier à 3 heures du soir, début du travail. Température 38°2. A chaque contraction utérine douloureuse s'écoule du liquide anniotique vert purée et d'odeur fétide. Le 12 janvier à 1 heure du matin l'accouchement est spontané. Température 38°2. Enfant vivant. Les suites de couches présentèrent une ascension de température vers le troisième jour, atteignant 37°8 pour arriver le quatrième jour à 38°2, à partir de ce moment, la température est tombée progressivement au dessous de 37 jusqu'au dixième jour des suites de couches, date à laquelle la femme et l'enfant ont quitté la Clinique en parfaite santé.

OBSERVATION II

Accouchement gémellaire. I pare. La rupture des membranes est prématurée, 3 heures avant le début du travail, qui a lieu le 24 janvier à 7 heures du matin.

Le 24 janvier à 10 h. du matin, dilatation 0,50 T. 36.4, P. 80.

Le 24 janvier à 11 h. du soir, dilatation petite paume de main, T. 38.5, P. 110.

Le 25 janvier à 4 h. du matin, dilatation complète, T. 38, P. 100.

Application de forceps pour le premier fœtus et extraction de siège pour le deuxième. Température 38,4. Pouls 120.

Les lochies furent fétides dans les suites de couches, la température n'atteignit qu'une seule fois 38,8.

La mère et les deux enfants quittèrent la Clinique en bonne santé.

OBSERVATION III

Primipare. Bassin rétréci, diamètre promonto sous pubien 10, centimètres, 1. Durée totale du travail 77 h. 30. Rupture prématurée des membranes le 5 février à 7 h. du matin.

Le 6 février à 2 h. M. Dilat. 2 f. Temp. 37,5, P. 130.
— à 5 h. — Dilat. 5 f. T. 38,2, P. 124.
— à 7 h. 30 — Dilat. 5 f. T. 37,8, P. 120.
— à 10 h. — Dilat. 5 f. T. 37,6, P. 108.
— à 1 h. S. Dilat. 5 f. T. 37,6, P. 112.
— à 2 h. 30 — Dilat. 5 f. T. 37,5, P. 104.
— à 4 h. — Dilat. petite paume, T. 38,2, P. 112.
— à 7 h. — Dilat. petite paume, T. 38,4, P. 112.

Le 6 février à 9 h. — Dilat. petite paume, T. 37,6, P. 96.
— à 10 h. 20 — Dilat. petite paume, T. 37,6, P. 96.
Le 7 — à 1 h. M. Dilat. complète, T. 38,5, P. 116.

Application de forceps pour modification des bruits du cœur fœtal. Après l'extraction. T. 38, P. 100, le liquide amniotique était vert purée. Les suites de couches furent normales. Une seule fois la femme eut 37.8 de température. La mère et l'enfant quittèrent la Clinique en bonne santé.

OBSERVATION IV

L... L.... 24 ans, multipare entre à la Clinique le 1er novembre. La grossesse peut être à terme. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 1er novembre à midi. Etat de la dilatation à l'entrée à la salle de travail comme une pièce de 2 f. Rupture prématurée des membranes 10 heures avant l'accouchement. Accouchement spontané, liquide opalescent.

Températures du travail

1er novembre à 7 h. soir, Dilat. 2 f. Temp. 37,6.
— à 9 h. — Dilat. 5 f. T. 37,9.
— à 10 h. 30 — Accouchement T. 38.

Suites de couches

2 novembre : mère, M 37,1, S 37,4 ; enfant, M 36,2 S 36,4.
3 novembre : mère, M 36,8, S 37,2 ; enfant, M 36,3 S 36,5.
4 novembre : mère, M 36.5, S 36,9 ; enfant, M 36,3 S 36,4.

5 novembre : mère, M 36,8, S 37, ; enfant, M 36,2 S 36,4.

6 novembre : mère, M 36,6, S 36,9 ; enfant, M 36,4 S 36,5.

La femme et la mère quittent la Clinique le 7 novembre en bonne santé.

OBSERVATION V

A. M. 19 ans, primipare, entre à la salle de travail le 19 octobre. Accouchement au cours du 9e mois. Présentation du siège. Les premières contractions utérines douloureuses apparaissent le 19 octobre, à 7 h. du matin. La dilatation à l'entrée est de 0.50 cent. Rupture prématurée de la poche des eaux le 18 octobre à 5 h. du soir, 14 heures avant le début du travail. Accouchement par le siège. Délivrance artificielle, injection intra-utérine. Liquide amniotique vert purée.

Températures du travail

20 octobre à 9 h. matin, Temp. 37.8 Dilat. 5 f.
— 11 h. — T. 38 D. 5 f.
— 1 h. soir T. 38.5 D. Pte Paume.
— 3 h. — T. 38.8 D. Gde Paume.
— 4 h. — Accouchement.
— 5 h. — T. 39 après accouchement.

Suites de couches

21 octobre : mère, M 38,4, S 37,5 ; enfant, M 37,3, S 36.

22 octobre : mère, M 37, S 37,4 ; enfant, M 36,3, S 36,6.

23 octobre : mère, M 37,3, S 37,9 ; enfant, M 36,5, S 36,2.

24 octobre : mère, M 37, S 37,2 ; enfant, M 36,3, S 36,1.

25 octobre : mère, M 37, S 37,5 ; enfant, M 36,3 S, 36.4.

Le 28 octobre la température monte brusquement à 40°. Cette élévation est dûe à une lymphangite du sein, qui traitée par des pansements humides n'occasionne plus le lendemain de température.

29 octobre, 36.6. La mère et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION VI

M. B. 33 ans, VI pare, entre à la salle de travail le 18 septembre, à 11 h. du matin. Accouchement prématuré au cours du 9e mois. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 17 septembre à 1 h. du soir. Rupture prématurée des membranes 4 h. avant le début du travail. Liquide amniotique opalescent.

Températures du travail

18 septembre à midi, Temp. 37,2 Dilat. 2 f.
— 1 h. 30 soir T. 36,8 D. 2 f.
— 3 h — T. 37 D. entre 2 et 5 f.
— 5 h. — T. 37,1 D. entre 2 et 5 f.
— 6 h. 30 — T. 37,5 D. 5 f.
— 8 h. — T. 37,8 D. petite paume.
— 9 h. — Accouchement spontané.
— 10 h. — T. 37,7 après accouchement.

Suites de couches

19 septembre : mère, M 36,8, S 37,1 ; enfant, M 35,9, S 36,1.

20 septembre : mère, M 36,9, S 37,2 ; enfant, M 35,5, S 35,9.
21 septembre : mère, M 37, S 37,5 ; enfant, M 35.9, S 36,3.
22 septembre : mère, M 37,5, S 37,4 ; enfant, M 35,9, S 36,7.
23 septembre : mère, M 37,2, S 37,4 ; enfant, M 36,6, S 36,9.
24 septembre : mére, M 37,3, S 37,6 ; enfant, M 36,4, S 36,8.
25 septembre : mére, M 36,9. S 37,2 ; enfant, M 36,3, S 36,8.
26 septembre : mère, M 36,7, S 37 ; enfant, M 36,4, S 36,7.

La mère et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION VII

F. R. 31 ans, primipare, entre à la clinique le 12 septembre. Elle est amenée à la salle du travail le 14 septembre à dix heures du matin. Température 37,3. Rupture prématurée des membranes le 14 septembre à trois heures du matin, 4 heures avant le dèbut du travail. Application de forceps pour modification des bruits du cœur fœtal, liquide amniotique vert purée.

Températures du travail

15 septembre à 8 h. matin. Temp. 37,5 Dilat. petite paume.
— midi T. 37,8 D. petite paume.
— 2 h. 45 soir T. 37,9 D. grande paume.
— 4 h. 15 — Application de Forceps.
— 5 — T. 38,2 après accouchement.

Suites de couches

16 septembre : mère, M 37,1, S 37,4 ; enfant, M 35,9, S 36,4.
17 septembre : mère, M 36,9, S 37,4 ; enfant, M 36,5, S 36,8.
18 septembre : mére, M 37,5, S 38,3 ; enfant, M 36,2, S 36,6.

19 septembre : mère, M 37,8, S 38,2 ; enfant, M 36,4, S 36,6.
20 septembre : mère, M 37,4, S 38 ; enfant, M 36,8, S 38,5.
21 septembre : mère, M 37,6, S 37,7 ; enfant, M 36,7, S 36,9,
22 septembre : mère, M 37,1, S 37.4 ; enfant, M 36,2, S 36,6.
23 septembre : mère, M 37,1, S 37,5 ; enfant, M 36,8, S 37.
La femme et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION VIII

J. B., 26 ans, primipare entre à la clinique le 13 septembre à midi 35. Elle avait eu ses premières contractions utérines douloureuses le 13 septembre à 8 heures du matin. A son entrée on constate une dilatation de cinquante centimes. La température est de 36,7. Rupture prématurée des membranes le 13 septembre à 1 heure du matin, 6 heures avant le début du travail. Application de forceps pour modification des bruits du cœur fœtal Liquide vert.

Température du travail

13 septembre à 3 h. 20 du soir. Temp. 36,9. Dilat. 2 fr.
— 6 h. — Temp. 37,2. Dilat. 5 fr.
— 10 h. — Temp. 37,9. Dilat. complète.

Application de forceps

Suites de couches

14 septembre : mère, M 36,3, S 36,8 ; enfant, M 36,6, S 36,5.
15 septembre : mère, M 36,5, S 37 ; enfant, M 36, S 36,3.
16 septembre : mère, M 36,7, S 36,9 ; enfant, M 36,8, S 37,7.

17 septembre : mère, M 36,5, S 37,4 ; enfant, M 36,6, S 36,8.
18 septembre : mère, M 36,6, S 37,1 ; enfant, M 36,2, S 36,5.
La femme et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION IX

B. C., 26 ans, primipare entre à la salle de travail le 13 septembre à 5 heures du soir. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 11 septembre à 10 h. du soir. Le 11 septembre, la femme dit avoir perdu les eaux dans l'après-midi. Le 13 septembre, on constate à l'entrée de la femme à la salle de travail une dilation de 5 f. Le 14 septembre à 8 heures du matin la dilatation est d'une petite paume de main. La température est de 37°. Liquide vert purée.

Températures du travail

14 septembre à 10 h. 30 matin. Temp. 37,8. Dilat. petite paume.
— midi. T. 38,7. D. petite paume.
— 2 h. 30 soir. T. 39,6. D. petite paume.
Mort du fœtus.
— 4 h. 30 soir. T. 38,2. D. 5 f.
— 6 h. 30 — T. 38 D. 5 f.
— 8 h. — T. 39,1.

Basiotripsie

La femme perd en grande abondance. Le pouls est à 140 et devient incomptable.

Suites de couches, *température axillaire*

15 septembre, M 36,5, S 37,6, tendances syncopales.

16 septembre, M 38,9, S 39,5, lochies fétides, applications de glace sur le ventre.

17 septembre, M 38,6, S 38,9, frissons, syncopes

18 septembre, M 38,5, S 39,7.

19 septembre, M 38,5, S 39.

20 septembre, M 38,8, S 39,5.

21 septembre, M 38,8, S 39,1.

22 septembre, M 38,5, S 39,6.

23 septembre, M 39,2, S 39,9.

24 septembre, M 38,8, S 39,5.

25 septembre, M 39,8, S 40,2, ventre météorisé.

26 septembre, M 39,4, S 40.

27 septembre, M 39,7, S 40,2.

28 septembre, M 39,2, S 40, frissons.

29 septembre, M 37,2, S 40,5, douleurs articulaires spontanées.

30 septembre, M 39,5, S 39,2, frisson.

1er octobre, M 40,4, S 37,9, sueurs profuses.

2 octobre, M 39,4, S 39,5, érythème à la face externe des deux membres inférieurs.

3 octobre, M 38,2, S 38,4, douleurs abdominales, injection sous-cutanée de 1cc. d'essence de térébenthine.

4 octobre, M 39,8, S 38,4.

5 octobre, M 38,1, S 38,6, abcès en voie de formation.

6 octobre, M 39,2, S 39,2.

7 octobre, M 38,6, S 39,6.

8 octobre, M 38,2, S 38,2.

9 octobre, M 37,4, S 38,9.

10 octobre, M 37,4, S 38,9.

11 octobre, M 37,9, S 39,2.

12 octobre, M 37,6, S 37,2.

13 octobre, M 37,6, S 37,9.

14 octobre, M 36,8, S 37,5, ouverture spontanée de l'abcès.

15 octobre, M 36,6, S 36,6.

16 octobre, M 36,6, S 37,4.

17 octobre, M 36,6, S 37,6.

18 octobre, M 36, S 37.

19 octobre, M 36,2, S 36,4.

20 octobre, M 36, S 36,3.

21 octobre, M 36,4, S 36,6.

22 octobre, M 36,2, S 36,6.

23 octobre, M 36,8, S 37,4.

24 octobre, M 36,5, S 36,7.

25 octobre, M 36,6, S 38,4.

26 octobre, M 36,6, S 37,2.

27 octobre, M 36,8, S 37,8.

28 octobre, M 36,2, S 36,6.

29 octobre, M 36,4, S 37,8.

30 octobre, M 36,8, S 37,2, tendances à la syncope, nausées, sensation de froid.

31 octobre, M 38,2, S 38,4.

1er novembre, M 36,4, S 37,9.

2 novembre, M 37,9, S 37,6, arthralgies multiples.

3 novembre, M 37,3, S 36,7, les arthralgies ont diminué.

4 novembre, M 36,2, S 36,4.

5 novembre, M 36, S 36,3.

6 novembre, M 36,2, S 36.

7 novembre, M 36,4, S 36,5.

8 novembre, M 36,3, S 36,6.

9 novembre, M 36,2, S 36,4.

10 novembre, M 36,1, S 36,3.

11 novembre, M 36,6, S 36.2.

12 novembre, M 36,2, S 36,4.

13 novembre, M 36,5, S 36,2.

14 novembre, M 36,6, S 37,2.

15 novembre, M 36,6, S 36,8.

16 novembre, M 36,9, S 36,7.

17 novembre, M 36,4.

La femme quitte la clinique le 17 novembre.

En résumé nous avons 9 accouchements avec rupture prématurée des membranes. Sur ces 9 accouchements il y a 3 accouchements spontanés, 4 applications de forceps, 3 extractions de siège et 1 basiotripsie. Sur 9 parturientes nous comptons 7 primipares. Parmi ces 9 femmes 6 seulement eurent comme température maxima du travail 38° ; 4 d'entre elles oscillèrent entre 38° et 39° et 2 seulement eurent une température supérieure à 39°. Toutes sortirent de la clinique en bonne santé et sur 10 fœtus, (attendu que dans notre statistique entre un accouchement gémellaire) 9 sortirent en bonne santé, 1 seul succomba au cours du travail.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS DANS LE CAS DE RUPTURE PRÉCOCE SPONTANÉE DES MEMBRANES

OBSERVATION I

M. L..., 26 ans, primipare, entrée à la clinique le 5 août, est amenée à la salle de travail le 11 septembre, à 3 heures du matin. Les premières contractions utérines douloureuses commencent le 10 septembre, à minuit. A 2 heures de l'après-midi, on constate une dilatation de cinquante centimes.

La température rectale est de 37°3.

La rupture des membranes a été précoce. Le liquide amniotique est opalescent.

Températures du travail

A 4 heures soir : Température 37,5 ; Dilat. 5 f.

A 6 heures soir : Température 37,5 ; Dilat. petite paume.

A 8 heures soir : Température 37,7 ; Dilat. grande paume.

A 9 h. 45 soir : Accouchement gémellaire.

A 10 heures soir : Température 37,8 après accouchement.

Suites de couches

13 septembre : mère, M 37,7, S 37,1 ; fille, M 36,4, S 36,5 ; garçon, M 35,8, S 36,1.

14 septembre : mère, M 37, S 37,5 ; fille, M 35,8, S 36,4 ; garçon, M 36,5, S 36,7.

15 septembre : mère, M 37, S 37,3 ; fille, M 37, S 36.2 ; garçon, M 36,5, S 36,9.

16 septembre : mère, M 37,1, S 38 ; fille, M 36,1 S 36.2 ; garçon, M 36, S 36,4.

17 septembre : mère, M 37,2, S 37,8 ; fille, M 36,6, S 36,8 ; garçon, M 36,4, S 36,9.

La femme et les deux enfants quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION II

F R., 22 ans, primipare, entre à la salle de travail le 18 septembre, a 4 heures du soir. Accouchement prématuré au cours du neuvième mois. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 18 septembre, à 1 heure du soir. Rupture précoce spontanée des membranes à 4 heures du soir, dilatation de 2 f. Rupture 5 heures 20 avant la dilatation complète. Liquide amniotique opalescent.

Températures du travail

18 septembre, à 4 heures soir : Temp. 37,5. Dilat. 2 f.

18 septembre à 6 heures soir : Temp. 37,6. Dilat. 5 f.
— 8 heures soir : Temp. 37,8. Dilat. petit paume.
— 10 heures soir : Accouchement spontané.
— 10 h. 1/2 soir : Temp. 37.8 après accouchement.

Suites de couches

19 septembre : mère, M 37,2, S 37,5 ; enfant, M 36, S 36,6.
20 septembre : mère, M 37,1, S 37,3 ; enfant M 35,9, S 36,5.
21 septembre : mère, M 37,3, S 37,5 ; enfant, M 36,5, S 36,8.
22 septembre : mère, M 37,4, S 37,6 ; enfant, M 36,3, S 36,6.
23 septembre : mère, M 37,4, S 37,2 ; enfant, M 36,2, S 36,7.
24 septembre : mère, M 36,8, S 37,1 ; enfant, M 36,3, S 36,6.
25 septembre : mère, M 36,7, S 37, ; enfant, M 36,2, S 36,5.
La femme et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION III

C. L., 34 ans, primipare, entre à la salle de travail le 20 septembre, à 9 heures du matin. Accouchement pouvant être à terme. Application de forceps. Apparition des premières contractions utérines douloureuses, le 20 septembre, à 4 heures du matin. Rupture précoce des membranes le 20 septembre, à 4 heures du soir, à dilatation de petite paume de main, une heure avant la dilatation complète. Liquide opalescent à la rupture des membranes; vert au moment de l'application de forceps.

Températures du travail

11 heures matin : Temp. 36,9. Dilat. 2 f.

Midi 30 : Temp. 36,9. Dilat. entre 2 et 5 f.
2 heures soir : Temp. 37,4. Dilat. 5 f.
3 heures 30 soir : Temp. 37,6. Dilat. petite paume.
5 heures soir : Temp. 37,8. Dilat. complète.
5 heures 45 soir : Temp. 37,9. Application de forceps.

Suites de couches

22 septembre : mère, M 37, S 37,2 ; enfant, M 36,3, S 37.
23 septembre : mère, M 37,4, S 37,6 ; enfant, M 36,2, S 36,7.
24 septembre : mère, M 36,8, S 37,1 ; enfant, M 36,?, S 36,9.
25 septembre : mère, M 36,7, S 37, ; enfant, M 36,5, S 36,8.
26 septembre : mère, M 36,8, S 37,1 ; enfant, M 36,5, S 36,7.
La femme et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION IV

A. L. 21 ans, primipare, entre à la clinique le 17 septembre (présentation de l'épaule, version par manœuvres externes, ceinture eutocique). Le 5 octobre, la femme est conduite à la salle de travail à 1 h. du matin.

Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 4 octobre à 9 h. du soir. La grossesse peut être à terme. Rupture précoce spontanée des membranes à la dilatation d'une paume de main, une heure avant la dilatation complète.

Températures du travail

1 heure matin, Temp. 36,8 ; Dilat. 0,50 .

3 heures matin, Temp. 36,7 ; Dilat. 0,50
5 heures matin, Temp. 37 ; Dilat. 0.50.
7 heures matin, Temp. 37,1 ; Dilat. 1 f.
9 heures matin, Temp. 37,1 ; Dilat. 2 f.
11 heures matin, Temp. 37,2 ; Dilat. 5 fr,
1 heure soir, Temp. 37,5 ; Dilat. petite paume.
3 heures soir, Temp. 37,8 ; Dilat. grande paume.
4 heures soir, Temp. 38, accouchement.

Suites de couches

6 octobre : mère, M 37,2. S 37,4 ; enfant, M 36,3, S 36,9.
7 octobre : mère, M 36,8, S 37,2 ; enfant M 36,2, S 36,4,
8 octobre : mère, M 36,8, S 37,3 ; enfant, M 36,1, S 36,3.
9 octobre : mère, M 36,9, S 37,1 ; enfant, M 36,5, S 36,7.
10 octobre : mère, M 37,3, S 37,5 ; enfant, M 36,4; S 36,8.
11 octobre : mère, M 37,2, S 36,9 ; enfant, M 36,3, S 36,7.
12 octobre : mère, M 36,8, S 37,1 ; enfant, M 36,5, S 36,8.

La femme a le 16 octobre une élèvation de température à 40°. Cette élèvation est dûe à une lymphangite du sein et après application de compresses humides, la température retombe le 16 octobre à 36,8.

La femme et l'enfant quittent la clinique le 19 octobre en bonne santé.

OBSERVATION V

C. E. 31 ans, primipare, entre à la clinique le 7 octobre. Elle est admise au dortoir. Elle est conduite à la salle de travail le

8 octobre à midi. La grossesse peut être à terme. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 8 octobre à midi. Le col est en voie d'effacement. Application de forceps pour modification des bruits du cœur fœtal, défaut de rotation de la tête et œdème du périnée. Rupture précoce des membranes le 9 octobre à midi. Dilatation comme une pièce de 5 fr. Liquide amniotique vert.

Temhératures du travail

11 heures soir : Temp. 37,3 ; Dilat. 0,50.
1 heure matin : Temp. 37,5 ; Dilat. 0,50.
3 h. 30 matin : Temp. 37,5 ; Dilat. 1 f.
6 heures matin : Temp. 37,4 ; Dilat. 1 f.
8 heures matin : Temp. 37,3 ; Dilat. entre 2 et 5 f.
10 heures matin : Temp. 37,3 ; Dilat. 5 f.
midi : Temp. 37,1 ; Dilat. 5 f.

Rupture spontanée de la poche des eaux

2 heures soir : Temp. 37,1 ; Dilat. 5 f.
4 heures soir : Temp. 37,2 ; Dilat. petite paume.
6 heures soir : Temp. 37,5 ; Dilat. grande paume.
8 heures soir : Temp. 37,7 ; Dilat. grande paume.
10 heures soir : Temp. 37,6 ; Dilat. grande paume.
minuit : Temp. 37,8 ; Dilat. grande paume.
2 heures matin : Temp. 37,7 ; Dilat. grande paume.
4 heures matin : Temp. 37,6 ; Dilat. grande paume.
6 heures matin : Temp. 37,7 ; Dilat. complète.
8 heures matin : Temp. 37,8 ; Dilat. complète.

10 heures matin : Temp. 37,8 ; Dilat. complète.
11 heures matin : Temp. 37,8 ; Dilat. complète.
Application de forceps.

Suites de couches

10 octobre : mère, S 37,4 ; enfant, M 36,2, S 36,4.
11 octobre : mère, M 37,2, S 37,3 ; enfant, M 36,2, S 36,4.
12 octobre : mère, M 37, S 37,4 ; enfant, M 36,3, S 36,5.
13 octobre : mère, M 37, S 36,8 ; enfant, M 36,2, S 36,3.
14 octobre : mère, M 36,7, S 37 ; enfant, M 36,4, S 36,5.
15 octobre : mère, M 37,2, S 37 ; enfant, M 36,3, S 36,4.

La femme quitte la clinique sur sa demande avec son enfant en bonne santé.

OBSERVATION VI

D. P., 21 ans, primipare, entre à la salle de travail le 24 octobre, à 4 heures du matin. Accouchement prématuré au cours du 8e mois. Les premières contractions utérines douloureuses apparaissent le 24 octobre à 5 heures du matin. A l'entrée à la salle de travail, la dilatation est de 0,50 centimes. Rupture précoce spontanée des membranes à la dilatation de petite paume de main, 2 heures avant l'expulsion du fœtus. Accouchement spontané. Liquide amniotique opalescent.

Températures du travail

9 heures matin : Temp. 37,2 ; Dilat. 1 f.
11 heures matin : Temp. 37.8 ; Dilat. 2 f.

1 heure soir : Temp. 37,7 ; Dilat. 5 f.
h. 30 soir : Temp. 37,9 ; Dilat. 5 f.
6 heures soir : Temp. 37,9 ; Dilat. petite paume.

Rupture spontanée des membranes

8 heures soir : Temp. 38, accouchement spontané.

Suites des couches

25 octobre : mère, M 37,6, S 37,3 ; enfant, M 36, S 36,2.
26 octobre : mère, M 37,2, S 37,3 ; enfant, M 35,9, S 35,6.
27 octobre : mère, M 37,1, S 37,4 ; enfant, M 35,9, S 36,3.
28 octobre : mère, M 36,9, S 37,2 ; enfant. M 36, S 36,3.
29 octobre : mère, M 36,8, S 37 ; enfant, M 36, S 36,2.
30 octobre : mère, M 37, S 37,3 ; enfant, M 36,3, S 36.5.
31 octobre : mère, M 36,7, S 37,1 ; enfant, M 36,4, S 36,8.
1er novembre : mère, M 36,8, S 37,3 ; enfant, M 36,3, S 36,7.
2 novembre : mère, M 36,4, S 37 ; enfant, M 36,4, S 36,5.
La femme et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION VII

M... L..., 25 ans, primipare entre à la Clinique le 5 octobre, elle est admise au dortoir à cause d'une claudication dûe à une luxation du genou gauche. Le 28 octobre, la femme entre à la salle de travail. La grossesse peut être à terme. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 28 octobre à 6 heures du

matin. La dilatation à l'entrée à la salle de travail est de 2 f. Rupture spontanée précoce de la poche des eaux à midi, à dilatation de petite paume de main, 3 heures avant la dilatation complète, liquide amniotique opalescent, accouchement spontané.

Températures de travail

9 heures		matin,	Temp. 37,2 Dilat. 2 f.
11	—	—	T. 37,4 Dilat. 5 f.
1	—	soir,	T. 37,6 Dilat. grande paume.
3	—	—	T. 37,9 Dilat. complète.
5	— 10	—	T. 38, Accouchement.

Suites de couches

29 octobre : mère, M 37,3 S 37,5 ; enfant, M 36.5 S 36,6
30 octobre : mère, M 37, S 37,3 ; enfant, M 36,3 S 36,5
31 octobre : mère, M 37, S 37,3 ; enfant, M 36,3 S 36,4
1er novembre : mère, M 37.1 S 37,4 ; enfant, M 36,2 S 36,1
2 novembre : mère, M 36,9 S 37,3 ; enfant, M 36,3 S 36,5
3 novembre : mère, M 36,5 S 37.1 ; enfant, M 36,2 S 36,6
4 novembre : mère, M 36,8 S 37,4 ; enfant, M 36,4 S 36,8
5 novembre : mère, M 36.7 S 37,1 ; enfant, M 36.2 S 36.4

La femme et l'enfant quittent la Clinique en bonne santé.

OBSERVATION VIII

G... B..., 20 ans, primipare entre à la salle de travail le 28 octo-

bre à 9 heures du matin. La grossesse peut être à terme. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 27 octobre à 11 heures du soir. Dilatation à l'entrée comme une pièce de 0,50 centimes. Rupture précoce spontanée des membranes à dilatation de petite paume de main à 10 heures du soir, 1 heure 30 avant la dilatation complète. Liquide amniotique opalescent. Accouchement spontané.

Températures du travail

11 heures		matin	Temp. 36.8, Dilat. 1 f.
1	—	soir	T. 37, Dilat. 1 f.
3	—	—	T. 37,7, Dilat. 2 f.
5	—	—	T. 37,5, Dilat. 5 f.
7	—	—	T. 37,6, Dilat. 5 f.
9	—	—	T. 37,7, Dilat. petite paume.
10	—	—	Rupture précoce des membranes.
11	—	—	T. 37,9, Dilat. grande paume.
1	— 22	matin	T. 38,1, Accouchement.

Suites de couches

29 octobre : mère, M 37, S 36,7 ; enfant, M 36,2 S 36.
30 octobre : mère, M 36,9, S 37,1 ; enfant, M 36,4 S 36,5.
31 octobre : mère, M 36,9, S 37,4 ; enfant, M 36,4 S 36,6.
1er novembre : mère, M 36,8, S 37,3 ; enfant, M 36,4 S 36,7.
2 novembre : mère, M 37, S 37,1 ; enfant, M 36,4 S 36,5.
3 novembre : mère, M 36,8 S 37,2 ; enfant, M 36,3 S 36,8.
4 novembre : mère, M 36,6 S 36,9 ; enfant, M 36,5 S 36,9.

5 novembre : mère, M 36.3, S 36,8 ; enfant, M 36,3 S 36,7.
La femme et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION IX

C. M., 20 ans, primipare entre à la salle de travail le 28 octobre à 10 heures du matin. La grossesse peut être à terme. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 27 octobre à 11 heures du soir. La dilatation à l'entrée est de 1 f. Rupture précoce spontanée des membranes à dilatation de 5 f. ; 2 heures avant la dilatation complète. Accouchement spontané, liquide amniotique opalescent.

Températures du travail

11 heures	matin.	Temp.	37.	Dilat.	0,50.
1	— soir.	T.	37,5	D.	0,50.
3	— —	T.	37,7	D.	1 f.
5	— —	T.	37,8	D.	1 f.
7	— —	T.	37,7	D.	1 f.
9	— —	T.	37,6	D.	2 f.
10	— —	T.	37,8	D.	2 f.

Rupture spontanée des membranes

11 heures	soir.	Temp.	37,7.	Dilat.	5 f.
1 —	matin.	T.	37,9.	D.	grande paume,
1 — 20 —		T.	38.		Accouchement.

Suites de couches

29 octobre : mère, M 37,5, S 37,4.
30 octobre : mère, M 36,7, S 37,5.
31 octobre : mère, M 36,7, S 37,3.
1er novembre : mère, M 37 S 37,3.
2 novembre : mère, M 36,8 S 37,2.
3 novembre : mère, M 36,7 S 37,1.

L'enfant né vivant fait quelques inspirations et pousse quelques cris ; mais la respiration s'établit mal, les pulsations cardiaques se ralentissent, puis les mouvements respiratoires finissent par disparaître complètement. Malgré tous les efforts faits pour les ramener, (frictions, bains chauds, désobstruction des voies respiratoires) l'enfant se cyanose et meurt.

L'enfant présente à la face plantaire et à la face palmaire des bulles nettes de pemphigus très développées surtout au niveau des pieds.

Hypertrophie énorme du foie qui semble occuper la presque totalité de l'abdomen. Hypertrophie de la rate.

La femme sort le 4 novembre de la Clinique.

OBSERVATION X

III pare. Application de forceps. Désinsertion du cul de sac vaginal antérieur sur la ligne médiane, constatée en ville avant

l'application de forceps. Rupture précoce spontanée des membranes. Le 29 mai à 1 heure 30 du soir, la dilatation est complète et la température est de 38°8, 38°9 après application de forceps. Les suites de couches furent fébriles; une fois la température vespérale atteignit 40°1.

La femme et l'enfant quittent la Clinique en bonne santé.

OBSERVATION XI

I pare. Lenteur du travail, 64 heures 45. Mort de l'enfant pendant le travail. Basiotripsie. Rupture précoce spontanée. Liquide amniotique vert purée.

9 mars à 9 heures du matin la dilatation est de cinquante centimes. A 2 heures de l'après-midi la poche des eaux se rompt spontanément ; le liquide est opalescent. Température 36,9.

Le 11 mars à 8 heures du matin, la température est de 37,6. Dilatation de 5 f.

Dans la journée du 11, la température oscille entre 37 et 37,6. Le 12 mars à 1 h. 30 du matin, disparition des bruits du cœur fœtal. La dilatation est presque complète, on fait une basiotripsie. Le liquide amniotique est vert purée. Température 37,6.

Suites de couches

12 mars, soir, 38,1.

13 mars, M 39,4, S 39,5.

14 mars, M 37,4, S 39,4.

15 mars, M 38,2, S 38,1.

16 mars, M 38, S 39,1.

17 mars, M 37,7, S 39,1.

18 mars, M 38,6, S 39.

19 mars, M 38,7.

La femme est emmenée par son mari malgré l'avis du Professeur.

En résumé, nous avons onze accouchements avec rupture précoce spontanée des membranes. Sur ces onze accouchements il y a six accouchements spontanés, trois applications de forceps et un basiotripsie. Sur onze parturientes, nous comptons dix primipares. Parmi ces onze femmes, dix eurent comme température maxima du travail 38°. Une seule oscilla entre 38 et 39°.

Dix femmes sortirent de la clinique en bonne santé, une fut emmenée de la Clinique avant son complet rétablissement sans donner de nouvelles de ses suites de couches. Sur douze enfants (attendu que dans notre statistique entre un accouchement gémellaire), dix sortirent de la clinique en bonne santé, un succomba au cours du travail et un mourut après quelques inspirations aussitôt après l'accouchement.

Sur les onze cas de rupture précoce spontanée, deux fois

les membranes se rompirent à une dilitation que nous n'avons pas pu observer ; deux fois à la dilatation de cinquante centimes ; une fois à la dilatation de 2 francs ; une fois à la dilatation de 5 francs ; quatre fois à dilatation de petite paume de main et une fois à dilatation de grande paume de main.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS DANS LE CAS DE RUPTURE PRÉCOCE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES

OBSERVATION I

M. M., 25 ans, primipare, entre à la clinique le 5 juillet. Elle est amenée à la salle de travail le 30 août, à 7 heures du matin Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 30 août, à 2 heures du matin. A l'entrée à la salle de travail, on constate une dilatation de cinquante centimes. La tête est élevée au-dessus du détroit supérieur. Le promontoire est accessible ainsi que la première vertèbre sacrée. Les membranes sont rompues artificiellement à la dilatation de 5 francs. Liquide opalescent.

Températures du travail

Midi 30 : Temp. 37,4. Dilat. 1 f.
2 heures 30 soir : Temp. 37,8. Dilat. 1 fr.

4 heures 30 soir : Temp. 37,4. Dilat. 2 fr.
6 heures 30 soir ; Temp. 37,6. Dilat. entre 2 et 5 fr.
8 heures 30 soir : Temp. 37,4. Dilat 5 fr.
10 heures 30 soir : Temp. 37,8. Dilat. petite paume.
Minuit 30 : Temp. 37,5. Dilat. grande raume.
1 heure 45 matin : Temp. 37,5. Accouchement.
Expulsion spontanée. Délivrance artificielle.

Suites de couches

1er septembre : mère, M 37,2, S 37,4 ; enfant, M 36,5, S 36,6.
2 septembre : mère, M 37,1, S 37,5 ; enfant, M 36,3, S 36,4.
3 septembre : mère, M 37, S 37,3 ; enfant, M 36,1, S 36,3.
4 septembre : mère, M 36,9, S 37,9 ; enfant, M 36, S 36,3.
5 septembre : mère, M 37,1, S 37,3 ; enfant, M 36,1, S 36,2.
La femme et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION II

B. C., 22 ans, primipare, entre a la salle de travail le 19 octobre, à 11 heures du matin. Accouchement prématuré au cours du huitième mois. Hydramnios. Les premières contractions utérines douloureuses apparaissent le 18 octobre, à 9 heures du soir. A l'entrée à la salle du travail, le col de l'utérus est entrouvert de la largeur d'une pièce de 2 francs. Rupture artificielle des membranes à dilatation de 5 fr. pour défaut de progression de la dilatation. Liquide amniotique opalescent et en excès.

Températures du travail

9 heures matin : Temp. 37,1. Dilat. col entrouvert.
11 heures soir : Temp, 37, Dilat. 1 fr.
1 heure soir : Temp. 37,1. Dilat. 1 fr.
3 heures soir : Temp. 37,5. Dilat. 1 fr.
5 heures soir : Temp. 37,2. Dilat. 2 fr.
7 heures soir : Temp. 37,6. Dilat. 2 fr.
9 heures soir : Temp. 37,4. Dilat. 2 fr.
11 heures soir : Temp. 37,7. Dilat. 5 fr.
Rupture artificielle des membranes.
1 heure matin : Temp. 37,9. Dilat. grande paume.
2 h. 20 matin : Temp. 38,3. Dilat. complète.
2 h. 30 matin : Temp. 38,8. Accouchement.

Suites de couches

21 octobre : mère, S 37,8 ; enfant M 36,5, S 36,2.
22 octobre : mère, M 37,4, S 37,6 ; enfant M 36, S 36,3.
23 octobre : mère, M 36,8, S 37,3 ; enfant M 36,1, S 36,5.
24 octobre : mère, M 36,9, S 37,5 ; enfant, M 36,4, S 36,6.
25 octobre : mère, M 37,1, S 37 ; enfant, M 36,5, S 36,7.
La femme et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

Sur ces deux observations, nous avons donc eu deux primipares, chez lesquelles on pratiqua la rupture artificielle de la poche des eaux à la dilatation de 5 francs dans les deux cas.

La première eut comme température maxima du travail

37°8. La seconde eut 38°8. Les deux accouchements furent spontanés et les deux enfants quittèrent la clinique en bonne santé ainsi que leurs mères.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS
DANS LE CAS DE RUPTURE ARTIFICIELLE OU SPONTANÉE A DILATATION COMPLÈTE

OBSERVATION I

J... P...., 36 ans, primipare, entre à la Clinique le 17 septembre. Le 18 septembre, elle est amenée à la salle de travail à 1 heure du soir. Le col est en voie d'effacement. La grossesse peut être à terme. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 18 septembre à 11 heures du matin, liquide opalescent.

Températures du travail

2 heures soir Temp. 37.2. Dilat. col en voie d'effacement.
4 — — T. 37,7, Dilat 0,50.

6 heures soir T. 37,6, Dilat. 1 f.
9 — — T. 37,5, Dilat. 2 f.
Minuit T. 37,5, Dilat. 5 f.
2 — matin T. 37,9, Dilat. complète.

Rupture tempestive

2 45 — Accouchement spontané.
3 30 — T. 37.6.

Suites de couches

19 septembre : mère, M 37,5 S 38,2 ; enfant, M 36,3 S 36,5.
20 septembre : mère, M 37, S 38, ; enfant, M 35,8 S 36,6.
21 septembre : mère, M 37,2 S 37,4 ; enfant, M 36,7 S 36,9.
22 septembre : mère, M 37,2 S 37,5 ; enfant, M 36,1 S 36,9.
23 septembre : mère, M 37,5 S 37,7 ; enfant, M 36,4 S 36,7.
24 septembre : mère, M 37, S 37,5 ; enfant, M 36,1 S 36,6.
25 septembre : mère, M 37, S 37,3 ; enfant, M 36,3 S 36,7.
26 septembre : mère, M 37, S 36,9 ; enfant, M 36,2 S 36,5.
La femme et l'enfant quittent la Clinique en bonne santé.

OBSERVATION II

J... M..., 23 ans, primipare, entre à la Clinique le 16 novembre. Cette femme n'a pas consulté pendant sa grossesse, et en l'examinant, on fait le diagnostic de présentation du siége décomplète mode des fesses. Elle est conduite à la salle de travail le 17 novembre à 9 heures du matin. Accouchement prématuré au cours du neuvième

mois. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 17 novembre à 4 heures du matin. Dilatation lenticulaire à l'entrée à la salle de travail. Rupture spontanée tempestive des membranes. Accouchement spontané, liquide teinté de méconium.

Températures du travail

9 heures matin, Temp. 37,2 Dilat. lenticulaire.
Midi Temp. 37,5 Dilat. 0.50.
2 heures soir, T. 37,8 Dilat. 2 f.
4 — — T. 38.2 Dilat. 5 f.
6 — — T. 38,4 Dilat. petite paume.
7 — — T. 38.2 Accouchement.

Suites de couches

18 novembre : mère, M 37,6 S 37,5 ; enfant, M 36,2 S 36 4.
19 novembre : mère, M 37,2 S 37,5 ; enfant, M 36,1 S 36,3.
20 novembre : mère, M 37, S 37,3 ; enfant, M 36,3 S 36,5.
21 novembre : mère, M 36,8 S 37,1 ; enfant, M 36,3 S 36.6.
22 novembre : mère, M 36,7 S 36,9 ; enfant, M 36,4 S 36,5.
23 novembre : mère, M 36,8 S 37, ; enfant, M 36,4 S 36,6.
24 novembre : mère, M 36,7 S 36,8 ; enfant, M 36,3 S 36,7.
25 novembre : mère, M 36,5 S 36,8 ; enfant, M 36,6 S 36,7.
26 novembre : mère, M 36.6 S 36,8 ; enfant, M 36,3 S 36,7.
La femme et l'enfant quittent la Clinique en bonne santé.

OBSERVATIO

F. L., 30 ans primipare, entre à la salle de travail le 17 novembre. Au point de vue de l'âge de la grossesse, il a été impossible d'avoir des renseignements, la parturiente étant atteinte de surdimutité. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 17 novembre à 7 heures du matin. Dilatation de cinquante centimes à l'entrée à la salle de travail. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Accouchement spontané, liquide opalescent.

Températures de travail

Midi.	Temp.	36,8.	Dilat.	0,50.
2 heures soir.	T.	37,1.	D.	1 f.
4 —	T.	37,3.	D.	1 f.
6 —	T.	37,3.	D.	2 f.
8 —	T.	37,5.	D.	5 f.
10 —	T.	37,7.	D.	petite paume.
Minuit.	T.	37,9.	D.	grande paume.
1 heure matin.	T.	37,9.	Accouchement.	

Suites de couches

18 novembre : mère, M 37, S 37,1 ; enfant, M 36,7, S 36,9.
19 novembre : mère, M 36,5, S 36,9 ; enfant, M 36,2, S 36,4.
20 novembre : mère, M 36,6, S 36,9 ; enfant, M 36,3, S 36,4.
21 novembre : mère, M 36,5, S 36,8 ; enfant, M 36,2, S 36,5.

22 novembre : mère, M 36,6, S 37 ; enfant, M 36,3, S 36,6.

23 novembre : mère, M 36,5, S 36,9 ; enfant, M 36,4, S 36,8.

24 novembre : mère, M 36,6, S 36,8 ; enfant, M 36,4, S 36,8.

25 novembre : mère, M 36,7, S 37,1 ; enfant, M 36,3, S 36,5.

26 novembre : mère, M 36,8, S 37,1 ; enfant, M 36,4, S 36,5.

27 novembre : mère, M 36,6, S 36,9 ; enfant, M 36,5, S 36,7.

28 novembre : mère, M 36,6, S 36,8 ; enfant, M 36,3, S 36,6.

La femme et l'enfant quittent la Clinique en bonne santé.

OBSERVATION IV

L. S., 24 ans primipare entre à la salle de travail le 1er novembre. La grossesse peut être à terme. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 31 octobre à 8 heures du soir. Etat de la dilatation à l'entrée, comme 1 f. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Accouchement spontané, liquide opalescent.

Températures du travail

5 heures matin. Temp. 36,9. Dilat. 1 f.

6 — T. 36,8. D. 1 f.

8 — T. 37,2. D. 2 f.

10 — T. 37,4. D. entre 2 et 5 f.

Midi. T. 37,5. D. —

2 heures soir. T. 37,7. D. 5 f.
4 — T. 37,7. D. 5 f.
6 — T. 37,9. D. petite paume.
8 — 15 — T. 38,1. Accouchement.

Suites de couches

2 novembre : mère, M 37,3, S 37,5 ; enfant, M 36,3, S 36,5.
3 novembre : mère, M 37, S 37,1 ; enfant, M 36, S 36,3.
4 novembre : mère, M 37, S 37,2 ; enfant, M 36,1, S 36,3.
5 novembre : mère, M 37, S 37,3 ; enfant, M 36,4, S 36,6.
6 novembre : mère, M 36,8, S 37,1 ; enfant, M 36,3, S 36,5.
7 novembre : mère, M. 36,6, S 36,9 ; enfant, M 36,2, S 36,8.
8 novembre : mère, M 36,7, S 36.9 ; enfant, M 36,5, S 36,7.
9 novembre : mère, M 36,6, S 37 ; enfant, M 36,6, S 36,6.
10 novembre : mère, M 36,5 S 36,8 ; enfant, M 36,3, S 36,5.
11 novembre : mère, M 36,6 S 36,9 ; enfant, M 36,4, S 36,6.

La femme et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION V

T. M., 22 ans, primipare entre à la salle de travail le 1er novembre. Accouchement prématuré au cours du 9e mois. Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 1er novembre à 1 heure du matin.

Etat de la dilatation à l'entrée à la salle de travail comme une

pièce de 2 f. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Liquide amniotique opalescent. Accouchement spontané.

Températures du travail

4 heures soir. Temp. 36,7. Dilat. 2 f.
6 — T. 37,1. D. 5 f.
8 — T. 37,7. Accouchement.

Suites de couches

2 novembre : mère. M 37. S 37,3 ; enfant, M 36,2, S 36.
3 novembre : mère. M 36,8 S 36,9 ; enfant, M 36,1, S 36,4.
4 novembre : mère. M 36,8 S 36,9 ; enfant. M 36,2, S 36.
5 novembre : mère. M 36,4 S 36,8 ; enfant. M 36,1, S 36,3.
6 novembre : mère. M 36,5 S 37 ; enfant, M 36,1, S 36,5.
7 novembre : mère. M 36,4 S 36,9 ; enfant. M 36,3, S 36,7.
8 novembre : mère. M 36,6 S 37,1 ; enfant, M 36,5, S 36,8.
9 novembre : mère. M 36,5 S 36,9 ; enfant. M 37, S 37,2.
10 novembre : mère . M 36,6. S 37 ; enfant. M 36,9 S 37,3.

La femme et l'enfant quittent la clinique. L'enfant est conduit à une clinique ophtalmologique ayant une ophtalmie de l'œil gauche.

OBSEVATION VI

A. C., 23 ans, primipare, entre à la salle de travail le 16 octobre à midi. La grossesse peut être à terme. Apparition des premières

contractions utérines douloureuses le seize octobre à 7 heures du matin. Rupture artificielle de la poche des eaux à dilatation complète le 17 octobre à minuit. Application de forceps le 18 octobre à 1 h. 15 du matin. pour modification des bruits du cœur fœtal. Liquide amniotique vert.

Températures du travail

Midi : Temp. 36,8 ; Dilat. 1 f.
3 heures soir : Temp. 36,8 ; Dilat. 1 f.
6 heures soir : Temp. 37,1 ; Dilat. 1 f.
9 heures soir : Temp. 36,8 ; Dilat. 1 f.
Minuit. : Temp. 36,9 ; Dilat. 2 f.
3 heures matin : Temp. 37,1 ; Dilat. 5 f.
6 heures matin : Temp. 37,3 ; Dilat. 5 f.
9 heures matin : Temp. 37,2 ; Dilat. petite paume.
Midi : Temp. 37.5 ; Dilat. petite paume.
3 heures soir : Temp. 37,6 ; Dilat. petite paume.
6 heures soir : Temp. 37.6 ; Dilat. grande paume.
9 heures soir : Temp. 37,8 ; Dilat. grande paume.
Minuit : Temp. 37,9 ; Dilat. complète.
Rupture artificielle des membranes.
A 1 heure 15, application deforceps.

Suites de couches

18 octobre : mère, M 37,3, S 37,4 ; enfant, M 36,3, S 36,4.
19 octobre : mère, M 37, S 37,2 ; enfant, M 36,1, S 36,3.
20 octobre : mère, M 37,3, S 37,4 ; enfant, M 36,4, S 36,5.

21 octobre : mère, M 37, S 37,4 ; enfant, M 36,1, S 36,4.

22 octobre : mére, M 37,3, S 37,5 ; enfant, M 36,1, S 36,3.

23 octobre : mère, M 37, S 37,3 ; enfant, M 36, S 36,2.

24 octobre : mère, M 37, S 37,2 ; enfant, M 36,1, S 36,3

La femme et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION VII

L. M., 18 ans, primipare, entre à la salle de travail le 5 octobre, à 8 heures du matin. On constate à l'entrée, comme présentation, une extrémité céphalique en bas et le dos est à gauche. La tête semble déborder légèrement ; le promontoire est accessible. Diamètre promonto-sous-pubien 10,5. On ne note par ailleurs aucune trace de rachitisme. La grossesse peut être à terme. Apparition des premiéres contractions utérines douloureuses le 5 octobre à 1 heure du matin. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Liquide opalescent. Accouchement spontané.

Températures du travail

9 heures matin :	Temp.	37	; Dilat.	0.50.
11 —	T.	36,8	D.	0.50.
1 heure soir :	T.	36,9	D.	0.50,
3 —	T.	37	D.	1 f.
5 —	T.	37,2	D.	1 f.
7 —	T.	37	D.	1 f.

9 heures soir	T.	37,3	D,	1 f.
11 —	T.	37,2	D.	2 f.
1 heure matin :	T.	37,4	D.	2 f.
3 —	T.	37,5	D.	entre 2 et 5 f.
5 —	T.	37,6	D.	entre 2 et 5 f.
7 —	T.	37.6	D.	5 f.
9 —	T.	37,7	D.	5 f.
Midi.	T.	37,8	D.	entre 5 f: et petite paume.
2 heures soir :	T.	38,2	D.	petite paume.
5 —	T.	38,2	D.	petite paume.
7 —	T.	38,3	D.	complète.

Accouchement spontané à 8 heures du soir.

Suites de couches

7 octobre : mère, M 37,2, S 37,3 ; enfant, M 36,1, S 36,9.
8 octobre : mère, M 37,2, S 37,4 : enfant, M 36,3, S 36,6.
9 octobre : mère, M 37, S 37,2 ; enfant, M 36,2, S 36,4.
10 octobre : mère, M 36,8, S 37,3 ; enfant, M 36,3, S 36,5.
11 octobre : mère, M 37 S 37,4 : enfant, M 36,2, S 36,6.
12 octobre : mère, M 36,8, S 37,1 : enfant, M 36, 4 S 36,8.

La femme et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

Nous avons donc sept accouchements avec rupture tempestive soit artificielle, soit spontanée. Sur ces sept accouchements, il y a six accouchements spontanés et un un accouchement avec application de forceps. Sur sept

parturientes nous comptons sept primipares. Parmi ces sept femmes, quatre eurent une température maxima du travail entre 37,5 et 38°. Trois d'entre elles, eurent une température entrent 38° et 38,5.

Les sept parturientes sortirent en bonne santé de la clinique. Les sept enfants furent emmenés par leurs mères et un seul dût être conduit à une clinique ophtalmologique.

Résumé des Chapitres précédents

Nous avons suivi vingt-neuf accouchements et jusqu'à la sortie de la clinique nous avons observé la température de la mère et de l'enfant. Sur ces vingt-neuf parturientes nous avons compté vingt-cinq primipares et quatre multipares. Dix-sept accouchements eurent lieu spontanément. Huit fois, on dut faire une application de forceps, deux fois l'extraction du siège et deux fois une basiotripsie.

Douze des femmes eurent comme température maxima du travail entre 37,5 et 38°. Dix-sept d'entre elles dépassèrent 38°. Dans les suites de couches, sept des femmes que nous avons suivies eurent comme température maxima une élévation entre 37 et 38° ; huit d'entre elles eurent une élévation dépassant 38° ; quatorze eurent des suites de couches entièrement apyrétiques. Toutes les vingt-neuf femmes sortirent de la clinique ; une seule, emmenée par sa famille dans un état grave, ne nous permet pas de certifier que toutes se rétablirent de leurs couches fébriles.

Sur trente-et-un fœtus, nous comptons vingt-huit enfants vivants, deux étant morts au cours du travail et un après avoir fait quelques inspirations aussitôt après l'accouchement.

Parmi les enfants un seul fit une fois une élévation de température atteignant 38°.

La durée du travail fut dans le cas de rupture prématurée des membranes quatre fois entre 10 et 15 heures. une fois de 21 heures ; une fois de 30 heures ; une fois de 32 heures ; une fois de 70 heures et une fois de 77 heures 30.

Dans le cas de rupture précoce spontanée elle fut trois fois entre 9 et 15 heures ; une fois de 19 heures ; deux fois de 23 heures ; trois fois de 26 heures ; une fois de 31 heures et une fois de 64 heures 45. Dans le cas de rupture précoce artificielle la durée du travail fut une fois de 23 heures 45 ; une fois de 26 heures.

Dans le cas de rupture tempestive, elle fut deux fois de 15 heures ; une fois de 10 heures ; une fois de 19 heures ; une fois de 24 heures 15 ; une fois de 41 heures et une fois de 42 heures.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Nous avons observé de la température : dans le cas de rupture prématurée des membranes ; rupture spontanée et artificielle précoce des membranes ; rupture tempestive, artificielle et spontanée. Il semble que dans tous les cas on puisse constater de la température pendant le travail.

Quel est le mécanisme par lequel peut se produire la température ? C'est là une question qui n'est pas encore élucidée et sur laquelle nous ne pouvons que faire des hypothèses. Il est certain ou tout au moins fort probable que dans le cas de rupture soit prématurée soit précoce des membranes, le contenu de l'utérus étant en communication avec l'extérieur, il se produise un degré d'infection qui occasionne une élévation de température.

Ce fait s'appuie sur les constatations de Kronig et Gebhard qui, ayant étudié le liquide amniotique, y ont

trouvé le staphylocoque, le streptocoque et le bactérium coli. Mais comment expliquer les cas où se produit l'élévation de température s'il n'y a pas eu rupture prématurée ou précoce des membranes.

La femme n'était très certainement pas avant le travail, en proie à une infection qui put expliquer l'ascension thermique puisque la température était normale avant et même au début du travail. Cette ascension n'a donc eu lieu que seulement au moment du travail. Les membranes, étaient intactes, la poche des eaux formait en quelque sorte un vèritable vase clos sans communication avec l'extérieur et dans ce vase se trouvait le liquide amniotique normalement aseptique. Les membranes sont imperméables, et nous ne saurions mieux comparer ce vase clos qu'à celui que forme le kyste hydatique, qui, lui aussi, a une membrane imperméable lorsqu'elle est saine. Cette membrane ne devient perméable au microbe, comme l'ont montré MM. Chauffard et Widal que dans les cas d'inflammation. Faudrait-il admettre, dans les cas où nous avons trouvé de la température, l'œuf n'étant pas ouvert, que les membranes aient été lésées ? Rien ne saurait le faire supposer. Nous avons examiné les enveloppes de l'œuf après la délivrance et nous avons remarqué qu'elles paraissaient saines.

Quelle pathogénie accorder alors à cette ascension thermique, en dehors de toute infection de cause générale ou de cause locale ?

C'est un phénomène de pathologie générale bien connu,

que l'élévation de température peut être engendrée par le travail musculaire. Tout muscle en travail engendre de la chaleur. De là vint la conception de KRONIG et GLOCKNER de la température engendrée par le muscle utérin en travail et qu'ils ont appelée fièvre fonctionnelle. Cette théorie n'a plus de partisans, car si réellement, le muscle utérin engendrait la température, comment pourrait-on expliquer que toutes les femmes en travail n'aient pas une élévation thermique. Il semble très difficile de discuter cette pathogénie. On ne peut dans les cas de membranes intactes expliquer une élévation de température qui est toute TRANSITOIRE, qui se voit pendant le travail pour disparaître aussitôt après ou subsister tout au plus quelques jours après, sans que pourtant il ne nous soit donné de constater chez l'accouchée aucun phénomène infectieux consécutif.

La température pendant le travail se rencontre dans des cas fort disparates ; nous croyons devoir l'attribuer à l'infection légère ou grave dans le cas d'œuf ouvert prématurément, mais nous ne pouvons l'attribuer à la même cause lorsque nous sommes en présence de membranes intactes.

Nous abandonnerons cette pathogénie et nous en visagerons le pronostic que nous devons porter au point de vue de la mère et au point de vue de l'enfant lorsque nous sommes auprès d'une parturiente ayant de la température pendant le travail.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

a) Pronostic dans le cas où il y a température du travail au point de vue maternel

Parmi nos observations nous constatons un cas grave (observation IX, dans le cas de rupture prématurée des membranes). Il s'agit d'une primipare chez laquelle la température atteignit 39 et 6 dixièmes ; à ce moment on constata la disparition des bruits du cœur fœtal. On pratiqua une basiotripsie. Les suites de couches furent très graves. La femme eut un état puerpéral qui dura du 15 septembre au 2 novembre, date à laquelle la température ne monta pas au-dessus de 37,2 jusqu'au 17 novembre, jour de départ de la femme.

Nous pouvons rapprocher ce cas de celui de KRONIG, cité par VARNIER, peut-être y eut-il streptococcie également

dans le cas qui nous intéresse, et il y a lieu de se demander si, dans les observations ultérieures, nous ne serions pas en présence d'infection puerpérale.

La température, dans ce cas, serait due à la streptococcémie et par conséquent le pronostic serait grave du fait même de l'infection puerpérale.

Dans tous les autres cas, le pronostic ne nous a pas semblé grave pour la mère.

Chaque fois que l'on constatera une élévation de température pendant le travail dans le cas de rupture prématurée des membranes, il faudra donc se tenir en garde contre l'infection et réserver le pronostic aussi bien pour la mère que pour l'enfant. D'autre part, s'il y a élévation de température sans rupture prématurée dés membranes, le pronostic, jusqu'à plus ample informé, ne doit pas être considéré comme mauvais.

En effet, toutes nos observations montrent, en dehors du cas grave que nous avons particulièrement étudié, de bons pronostics au point de vue maternel et nous pourrions schématiser le pronostic pour la mère lorsqu'il y a température au cours du travail par le tableau suivant :

Rupture prématurée des membranes : Pronostic réservé.

Pas de rupture prématurée : Bon pronostic.

b) Pronostic au point de vue fœtal

Nous voyons que dans vingt-neuf cas, douze fois il fallut intervenir parce que l'enfant souffrait. D'après notre statistique, le fœtus souffrait dans un tiers des cas. Il y aurait donc lieu de réserver le pronostic. Si on compare en effet cette statistique d'intervention dans le cas de température au cours du travail aux statistiques d'intervention dans le cas où il n'y avait pas de température, on voit combien elle est extrêmement plus élevée, puisque dans un tiers des cas nous avons dû intervenir.

Il suffirait de feuilleter les archives de la clinique Baudelocque pour se rendre compte de ce fait.

Pourquoi dans certains cas, le fœtus souffre-t-il, et pourquoi, dans d'autres cas, ne souffre-t-il pas ? Peut-on, de l'élévation de la température au cours du travail en induire un pronostic pour l'enfant ? Nous ne le croyons pas.

En effet, le fœtus a pu souffrir dans des cas où la température était peu élevée, et dans les mêmes circonstances, nous voyons que, dans d'autres observations, il n'a pas souffert. On aurait pu supposer que l'enfant souffrirait dans le cas d'une grande élévation thermique qui aurait indiqué une infection d'origine microbienne, et ainsi, on aurait pu avoir un élément de pronostic ; mais nos constatations ne nous permettent pas d'arriver à cette conclusion. Aucun

autre symptôme ne peut nous donner un élément de pronostic et la seule conclusion à laquelle nous puissions arriver est la suivante : *en cas de température au cours du travail, il faut craindre pour la vie de l'enfant.*

(*c* **Pronostic après l'accouchement**

Nous n'avons pu suivre les enfants que dix ou quinze jours après leur naissance ; les femmes quittent la clinique après leurs couches et nous laissent pour la plupart du temps sans nouvelles d'elles-mêmes et de leurs enfants. Après l'accouchement, les enfants étaient bien constitués. La température était normale, et aucun incident ne se produisit pendant les quelques jours qui suivirent.

Evidemment, il y aurait lieu de surveiller ces enfants après un laps de temps plus long ; mais étant donné que dans les jours qui suivent la naissance leur santé est bonne sans température appréciable, il y a tout lieu de supposer que le pronostic pour l'enfant après l'accouchement *peut être favorable*.

Il n'y eut qu'un cas où l'enfant mourut. C'était un fœtus hérédo-syphilitique, présentant du pemphigus. Il mourut vraisemblablement de cette affection et n'a pas à entrer dans notre statistique.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement dans le cas de température au cours du travail sera donc à envisager et au point de vue maternel et au point de vue fœtal.

Au point de vue maternel, nous devrons éviter toutes les causes pouvant occasionner de l'infection et nous aurons recours à des injections vaginales antiseptiques.

Nous devons éviter aussi ; (et ce point nous semble plus important que le premier), les *touchers répétés* qui malgré les soins de l'accoucheur, et malgré la parfaite asepsie de ses mains, peuvent être le véhicule des germes vaginaux.

Au point de vue fœtal, nous n'oserions indiquer un traitement systématique. Nous ne pouvons savoir à temps si la température est dûe à une infection microbienne grave et pouvant entraîner la mort de l'enfant. Que ne pouvons

nous demander au laboratoire d'éclairer rapidement ce point ? nous n'hésiterions plus à conseiller l'intervention rapide avant que l'infection ne puisse devenir dangereuse et pour la mère et pour l'enfant.

CONCLUSIONS

L'apparition de la fièvre au cours du travail peut comporter un pronostic grave pour la mère et l'enfant.

En ce qui concerne les mères, nous avons observé le plus souvent une fièvre éphémère sans suite de couches pathologiques.

En ce qui concerne les fœtus, la souffrance pendant le travail a été fréquemment observée :

Douze fois sur vingt-neuf cas

Dans deux cas, il y eut mort pendant le travail et on pratiqua la basiotripsie.

Dans dix autres des cas, il y eut extraction du fœtus (2 fois extraction du siège, 6 fois application de forceps) ; sur ces dix fœtus un seul mourut étant atteint de syphilis.

Vu : le Président de Thèse,

PINARD.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos 7

Introduction 9

Chapitre I. — *Observations dans le cas de rupture prématurée des membranes* 17

Chapitre II. — *Observations dans le cas de rupture précoce spantanées des membranes* 29

Chapitre III. — *Observations dans le cas de rupture précoce artificielle des membranes* 45

Chapitre IV. — *Observations dans le cas de rupture artificielle ou spontanée à la dilatation compléte* 49

Chapitre V. — *Pathogénie* 63

Chapitre VI. — *Pronostic* 67

Chapitre VII. — *Traitement* 73

Conclusions 75